

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1919-1920. — N° 272

CONTRIBUTION
A
L'Etude de la Pleurite du Sommet

THÈSE
PRÉSENTÉE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Et soutenue Publiquement le 29 Juin 1920
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE
PAR
DUROUSSEAU ALBERT

Médecin Aide-Major de 2^e classe
Né le 15 Juillet 1892, à Jarnac (Charente)



DIJON
IMPRIMERIE BARRET & MASSEBEUF
69, Rue Condorcet, 69

—
1920



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552303_0101

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1919-1920. — N° 272

CONTRIBUTION

A

L'Etude de la Pleurite du Sommet

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue Publiquement le 29 Juin 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

DUROUSSEAU ALBERT

Médecin Aide-Major de 2^e classe

Né le 15 Juillet 1892, à Jarnac (Charente)



DIJON

IMPRIMERIE BARRET & MASSEBEUF

69, Rue Condorcet, 69

—
1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ..... Doyen
J. LEPINE..... Assesseur

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, PIERRET, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, MORAT, TESTUT, POLLOSSON (M.)

PROFESSEURS

Cliniques chirurgicales	}	MM. TIXIER
Cliniques médicales		BERARD
		TEISSIER
		ROQUE
		BARD
Clinique obstétricale et Accouchements		FABRE
Clinique ophtalmologique		ROLLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		NICOLAS
Clinique des maladies nerveuses et mentales		LEPINE (J.)
Clinique des maladies des enfants		WEILL
Clinique des maladies des femmes		POLLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		CLUZET
Chimie biologique		HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie		MOREL
Matière médicale et Botanique		MOREAU
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		GUIART
Anatomie		LATARJET
Anatomie générale et Histologie		POLICARD
Physiologie		BOYON
Pathologie interne		COLLET
Pathologie et Thérapeutiques générales		MAURIQUAND
Anatomie pathologique		PIAVOT
Médecine opératoire		X...
Médecine expérimentale et comparée		ARLOING (F.)
Médecine légale		Etienné MARTIN
Thérapeutique		COURMONT (P.)
Pharmacologie		PIC
		FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx	MM. LANNOIS
Pathologie externe	VALLAS
Maladies des voies urinaires	ROCHET
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé
Chirurgie infantile	NOV.,	JOSSERAND, —
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	X...	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	X...	—
Déontologie et médecine professionnelle	X.,,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	LERICHE	SAVY	BONNAMOUR, chargé
COMMANDEUR	THEVENOT (Léon)	FROMENT	des fonctions.
NEVEU-LEMAIRE	TAVERNIER	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT, id.
LAROYENNE	CADE	PIÉRY	FAVRE, id.
VORON	GUILLEMARD	COTTE	GRAVIER, id.
NOGIER	GARIN	DUROUX	ROUBIER, id.
BRETIN			

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. COURMONT, *Président* ; PIC, *Assesseur* ;
MM. PIÉRY et ROUBIER, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

*A son souvenir ira ma
reconnaissance, et l'exemple
de sa vie, trop courte, hélas !
faite de travail, d'honneur
et de dévouement, restera
toujours mon guide dans
ma carrière.*

A MA MÈRE

*Faible témoignage de ma
très grande affection.*

A MA GRAND'MÈRE ET A MA TANTE

A MA SŒUR ET A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A LA GLORIEUSE MÉMOIRE

DE MES CAMARADES, OFFICIERS ET SOLDATS
DES 247^e ET 412^e RÉGIMENTS D'INFANTERIE

ET DES

ÉLÈVES DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE
MORTS AU CHAMP D'HONNEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR P. COURMONT

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Il a bien voulu nous faire
le très grand honneur d'ac-
cepter la présidence de notre
thèse. Qu'il reçoive l'hom-
mage de notre profonde
gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROUBIER

MÉDECIN DES HOPITAUX DE LYON

*Nous n'oublierons pas
l'accueil si bienveillant qu'il
nous fit. Il nous a aidé de
son expérience et de ses
conseils; il a mis obligeam-
ment à notre disposition ses
documents particuliers. Qu'il
nous permette de lui renou-
veler ici nos bien vifs remer-
ciements.*

A MES JUGES

A MES MAITRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE POITIERS

ET DE

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

A LA MÉMOIRE DE

MONSIEUR LE MÉDECIN INSPECTEUR SIMONIN

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

CHAPITRE PREMIER

Tous les cliniciens, les anatomo-pathologistes, les médecins légistes qui ont la pratique des autopsies savent combien il est fréquent de trouver le sommet du poumon plus ou moins étroitement fixé à la cage thoracique par des adhérences.

Sorel, en 1883, dans un mémoire adressé à la Société médicale des hôpitaux, mit en relief la fréquence extrême des adhérences pleurales surtout au niveau des sommets, et il montra par des statistiques que leur fréquence augmentait proportionnellement à l'âge.

Grancher, après lui, fit une description spéciale de cette lésion et il classa les adhérences en pleuro-viscérales, c'est-à-dire adhérences dues à un processus ayant eu, pour point de départ, la plèvre viscérale, et en pleuro-pariétales liées à un processus ayant débuté dans la plèvre pariétale.

Pic reprit cette question et le résultat de ses recherches personnelles se trouve exposé dans une thèse de son élève Louis. Enfin, Tripier fit l'étude anatomo-clinique détaillée de cette lésion.

Ce que nous rencontrons le plus fréquemment aux autopsies ce sont des symphyses unilatérales où un sommet est affecté pendant que l'autre l'est peu

ou pas. Il est assez rare de trouver une symphyse bilatérale de degré similaire et il est exceptionnel de n'en point trouver chez les adultes et chez les vieillards. Ces adhérences présentent des degrés très divers : tantôt elles consistent en une simple fusion des surfaces séreuses et la suppression de la cavité pleurale est réalisée par une soudure mince, partielle ou générale ; tantôt les végétations pleurales transforment les feuilletts membraneux en lames épaisses, scléreuses et quelquefois cartilaginiformes. Le poumon se trouve alors fixé à la paroi costale par des membranes qui peuvent atteindre un centimètre d'épaisseur. Le sommet est coiffé d'une coque fibreuse, dure, inextensible qui l'enserme étroitement à la façon d'un casque : la séparation des deux feuilletts est rendue difficile et nécessite l'intervention du couteau ou bien l'arrachement du parenchyme pulmonaire. C'est ce que Sergent appelle « la symphyse pleurale en dôme ».

Cette lésion d'une banalité courante était connue d'Hippocrate et autrefois les opinions les plus bizarres furent émises pour expliquer son mode de formation. Laennec rapporte que Morgagni après avoir recueilli les témoignages et pesé les opinions semble pencher pour l'opinion ridicule de Vernojus qui attribue les adhérences du poumon au rire. Nous lisons dans Andral : « Si l'on parcourt le *Sépulcrum anatomicum* de Bonnet on est surpris par la foule d'idées bizarres, d'opinions erronées qui ont été émises sur la nature, la cause, les effets des adhérences pleurales

Les causes de production de ces adhérences sont multiples et bien connues aujourd'hui. Nous savons qu'elles sont une terminaison possible de toutes les inflammations des plèvres, que ces inflammations soient primitives ou secondaires. Les affections du thorax, les maladies générales, les cardiopathies peuvent aussi s'accompagner de manifestations pleurales.

Mais quelle signification faut-il donner à la fréquence de la symphyse pleurale du sommet chez des sujets dont les observations ne font mention d'aucune maladie antérieure? Les seules affections à répétition que l'on retrouve dans leurs antécédents, souvent mal précisés, sont des affections respiratoires légères, si légères qu'elles n'ont laissé qu'une trace minime dans leur souvenir. Ceux qui se souviennent insistent particulièrement sur une toux fréquente, des oppressions intermittentes à l'occasion de « froids », mais beaucoup d'autres ne précisent rien, ils s'enrhumaient « comme tout le monde ». Force nous est donc d'admettre comme lésion causale une inflammation primitive de la plèvre de nature bénigne qui a peu ou pas touché le parenchyme pulmonaire.

Nous savons qu'au sommet le poumon est soumis au moindre mouvement et au moindre fonctionnement. La radioscopie démontre que certains sujets ne l'aèrent pour ainsi dire jamais dans les inspirations ordinaires et qu'il faut les faire tousser pour qu'ils puissent aérer complètement leurs alvéoles. Aussi, à cet endroit, les plèvres peu mobiles s'acco-

lent facilement à la moindre cause d'inflammation. De plus, on est en droit de se demander si le processus pathogénique initial ne serait pas le bacille de Koch en considérant la fréquence au sommet des lésions tuberculeuses.

Malgré la multiplicité des causes de production des adhérences nous admettons que dans l'immense majorité des cas la pleurite apicale est à la base de la production des symphyses du sommet. Aussi ne faut-il pas s'étonner qu'au milieu des préoccupations que crée la lutte pour la vie dans notre société moderne certains sujets prêtent peu attention aux symptômes d'une pleurite apicale qui évolue discrètement et dont la symphyse pleurale est le mode normal de guérison.

DIVISION

Deux genres de pleurite peuvent être la cause initiale de cette symphyse pleurale apicale.

Tout d'abord envisageons la pleurite secondaire au cours des lésions tuberculeuses parenchymateuses. Dans ce cas, aucun doute : ce sont bien les lésions pulmonaires qui engendrent les adhérences. Les plèvres enflammées sont alors accolées et elles coiffent en casque les sommets du poumon qui offrent une induration et une rétraction plus ou moins accusée en rapport avec les productions tuberculo-caséuses dont elles sont le siège. La symphyse pleurale occupe le plus souvent, avec le sommet, la région postéro-externe du lobe supérieur, tandis que le bord antérieur emphysémateux est en général libre ou ne présente que des adhérences isolées en rapport avec les productions tuberculeuses.

Cette coque pleurale, par son épaisseur, arrive à masquer les signes pulmonaires. A l'auscultation les bruits qui prennent naissance dans le poumon sont diminués d'une façon telle, que l'oreille a peine à les percevoir et même ne les perçoit pas : la symphyse crée l'obscurité respiratoire.

Nous éliminerons ces pleurites secondaires qui surviennent, par poussées successives, au cours d'une tuberculose en évolution. De celles-ci le diagnostic est facile et la signification connue. Elles

sont, pour ainsi dire, l'épiphénomène obligé de toute phtisie commune ; qu'elles soient elles-mêmes tuberculeuses ou simplement liées à la tuberculisation pulmonaire, le rapport de ces deux faits est si constant et si étroit que personne ne s'y trompe.

Nous nous en tiendrons uniquement au cas où la pleurite, à elle seule, remplit le tableau clinique, en dehors de tout antécédent bacillaire et de toute lésion pulmonaire concomitante, où elle est, si l'on peut dire, primitive ou d'apparence primitive, et dont les signes constituent toute la symptomatologie.

C'est cette pleurite apicale primitive que nous allons étudier.

HISTORIQUE

La forme pleurale de la tuberculose des sommets est une forme depuis longtemps connue.

Dans leur traité « de la phtisie pulmonaire » paru en 1867, MM. Hérard et Cornil admettent une phtisie granuleuse pleurale. Les granulations en se développant sur la séreuse donneraient une pleurésie qui revêtirait deux formes différentes : une forme sèche avec fausses membranes plus ou moins épaisses, une forme exsudative simple ou double. Il semble que pour ces auteurs la phtisie granuleuse pleurale n'est qu'un incident quelquefois isolé, plus souvent confondu dans l'ensemble des symptômes de la granulie.

En 1890, Grancher, dans son traité « les maladies de l'appareil respiratoire » écrit : « la pleurésie sèche est souvent le premier phénomène physique apparent de la néo-plasie parenchymateuse. Or, les relations des deux faits pathologiques, pleurésie sèche et tuberculose, sont si étroits, que la présence de néo-membranes pleurales limitées à un sommet entraîne presque toujours, par anticipation, le diagnostic : phtisie. »

En 1897, Kelsch et Boison étudient le diagnostic précoce des affections tuberculeuses du thorax, par la radiographie qui leur montre les épaississements pleuraux, la mobilité plus ou moins grande du diaphragme, l'adénopathie trachéo-bronchique.

En 1901, Bernard décrit une forme de pleurésie sèche adhésive d'emblée au début de la tuberculose, à évolution insidieuse, ne pouvant être décelée qu'à l'aide de la radioscopie.

En 1902, Pic, ainsi que Niclot, étudient le diagnostic des adhérences pleurales et concluent que dans l'immense majorité des cas le processus pathogénique initial est de nature tuberculeuse.

En 1905, le Professeur Piéry fait publier dans les thèses de ses élèves Jacques et Malmonté des observations qui le conduisent à isoler une forme nouvelle de tuberculose bénigne « la pleurite à répétition » avec ses trois sièges d'élection, le sommet, les scissures et la base.

En 1909, le même auteur décrit dans le livre jubilaire du Professeur Teissier, une pleurite tuberculeuse spéciale caractérisée par la fréquence de ses retours offensifs. La guerre devait lui permettre, en 1916, de mettre en évidence la fréquence de cette forme nouvelle de tuberculose chez les évacués de nos armées.

La guerre, en effet, devint pour les médecins un vaste champ d'observations et une véritable école. Elle a réuni une documentation si considérable, que chaque clinicien, en l'espace de quelques mois, a pu enregistrer des constatations qu'il n'aurait point recueillies pendant sa vie entière. Par le grand nombre de tuberculeux suspects ou avérés qu'elle a amené aux centres de triage et fait défiler sous l'écran, elle a révélé l'extrême fréquence des processus pleuraux. C'est que le problème de la tuberculose

aux armées fut un des plus importants et un des plus complexes que le Service de Santé militaire eut à résoudre. Il fut un temps où la crainte de la tuberculose fit que tout sujet qui maigrissait, qui s'anémiait, qui accusait de l'oppression, qui toussait, était catalogué tuberculeux ou tout au moins suspect de tuberculose. Emile Sergent fut un des premiers à demander la création de ces centres de triage et il put apporter les enseignements cliniques qu'il recueillit dans ces centres.

En août 1916, il isole le type clinique de la pleurite apicale évoluant en trois phases distinctes.

1^{re} phase. — C'est la phase de début qu'il appelle stéthacoustique et fonctionnelle, correspondant anatomiquement à une très légère irritation pleurale, à un simple dépoli de la séreuse. Les principales manifestations perçues sont les frottements et une dilatation minime de la pupille homologue. La radioscopie est négative et la durée de quelques jours.

2^e phase. — Après un silence de une ou plusieurs semaines, une nouvelle poussée inflammatoire pleurale se produit, accompagnée de manifestations plus nombreuses. C'est la phase radioscopique, caractérisée par une diminution du murmure vésiculaire, un léger voile radioscopique et l'adénite sus-claviculaire. Dès ce stade, l'épaississement des feuillets pleuraux est assez notable pour empêcher le retour à l'état normal de la séreuse.

3^e phase. — Des poussées nouvelles se produisent, se prolongent et on arrive à la phase de la symphyse

ou stade cicatriciel Le sommet se trouve coiffé d'épais feuillets pleuraux qui forment une coque au dôme pulmonaire. Les frottements ont disparu ; la mydriase persiste ou est remplacée par du myosis dans les vieilles symphyses. L'obscurité respiratoire a augmenté, la sonorité a diminué ; l'adénite sus-claviculaire persiste, le ganglion mou au début de la maladie est devenu dur et quelquefois on perçoit toute la chaîne des troncles lymphatiques engorgés qui donne au doigt qui les palpe la sensation de petites cordelettes à nœuds. Enfin, à la radioscopie on a une opacité absolue du sommet que n'éclaire pas la toux.

En décembre 1916, le Professeur Piéry décrit la pleurite tuberculeuse à répétition localisée principalement au niveau des scissures pulmonaires avec participation habituelle du parenchyme sous la forme d'un léger processus de pneumonie corticale. Cliniquement, elle se révèle par un point de côté léger, par une petite toux sèche. La température normale le matin, ne dépasse pas 37°9 le soir. Les signes stéthoscopiques sont difficiles à percevoir : au sommet, légère modification du murmure vésiculaire ; le long des scissures on n'entend le plus souvent qu'un petit foyer de bruissements secs, inconstants. L'évolution de la maladie se fait en une ou deux semaines et il persiste à sa suite de l'obscurité respiratoire, une submatité légère et une respiration saccadée. Il conclue à une affection bénigne, mais, par contre, ayant une tendance marquée aux récidives.

Un de nos anciens maîtres de l'Ecole de Médecine de Poitiers, le docteur Morichau-Beauchant, avait observé dans les centres de triage de tuberculeux aux armées, une forme particulière de tuberculose caractérisée par des poussées de pleurite. Il fit une première communication à la réunion des Médecins de la IV^e Armée en décembre 1916 et une deuxième en janvier 1917, sur les pleurites du sommet. En avril 1917, il écrivait un article « les Pleurites et la Tuberculose », sujet qu'il reprenait en juillet 1919 sous un titre nouveau « la Tuberculose respiratoire évolutive fermée avec prédominance des signes pleuraux ».

Voici, tracée à grands traits, l'histoire clinique de cette maladie. Le début était insidieux : le malade présentait un léger amaigrissement, un point de côté soit à droite, soit à gauche, peu intense ; un peu d'essoufflement, le soir une fièvre légère, la nuit, des sueurs ; il entraît alors à l'hôpital avec un état d'anémie particulier qui lui donnait l'aspect d'un prétuberculeux.

La période d'état de la maladie était caractérisée par :

1^o La toux, parfois sèche mais le plus souvent s'accompagnant d'un peu d'expectoration soit muqueuse, soit gommeuse, quelquefois striée de sang.

2^o Un point de côté constant, exagéré par la toux et la pression du doigt.

3^o De l'essoufflement au moindre effort et même au repos, la fièvre ne dépassait jamais 38° et ne

gênait pas le malade. On notait de l'amaigrissement, de l'anorexie, de l'asthénie, des sueurs nocturnes, et un peu d'éréthisme cardiaque. L'auscultation permettait de déceler quelques fines crépitations sèches, superficielles, avec foyers principaux au niveau des culs-de-sac pleuraux des sommets, des sinus costo-diaphragmatiques et des scissures. A la radioscopie, très légère pénombre dans la région où l'on entendait les frottements pleuraux.

Au bout d'un temps plus ou moins variable, de 15 jours à 3 mois, la guérison était la règle par symphyse des deux feuillets pleuraux et l'on constatait alors de l'atrophie musculaire, de la diminution des vibrations dans la fosse sus-épineuse de la submaturité ou de la matité, de l'affaiblissement du murmure vésiculaire et une respiration saccadée. A la radioscopie, un voile au sommet qui s'illumine encore pendant la toux.

M. le Docteur Roubier, médecin des Hôpitaux de Lyon, décrit dans un article récent ce qu'il faut entendre par pleurite apicale.

Nous sommes heureux de le remercier une fois de plus de nous avoir inspiré ce travail, travail bien modeste, que des circonstances indépendantes de notre volonté ont rendu, sous bien des rapports, incomplet. Nous tenons à nous excuser si, parfois, dans le cours de notre travail, nous n'avons pas insisté davantage sur certains points importants et si nous avons laissé glisser quelques erreurs : ce sont là des défauts inhérents à un premier essai.

CHAPITRE II

Que faut-il entendre par pleurite du sommet

DÉFINITION

Sous le nom de pleurite du sommet nous désignons toute réaction inflammatoire légère de la plèvre apicale ne s'accompagnant pas d'épanchement.

Elle est caractérisée au point de vue anatomo-pathologique par des formes variées :

1° Le simple dépoli de la surface séreuse, correspondant à l'altération inflammatoire et à la disparition de son endothélium.

2° L'épaississement de l'un, puis des deux feuillets par un processus de néo-formations conjonctivo-vasculaires, établissant de l'un à l'autre des adhérences, plus souvent lamelleuses et lâches que serrées.

3° Enfin, la symphyse pleurale qui forme un casque au dôme pulmonaire.

Cliniquement, par une séméiologie fonctionnelle et physique ayant comme substratum ces notions banales d'anatomie pathologique.

Le diagnostic de pleurite du sommet est un diagnostic que quelques médecins font très souvent, d'autres rarement. C'est que l'interprétation de la notion anatomo-clinique de la pleurite du sommet est très

délicate, et les avis les plus différents peuvent être émis. Cela tient fort probablement à ce que l'on désigne la même chose sous des noms différents.

Depuis que Sergent a signalé à l'attention des médecins cette affection qui, dit-il, n'est point une nouvelle venue, mais une oubliée, on commence à user largement de ce diagnostic, en présence de malades présentant à un sommet des symptômes physiques à interprétation difficile. Il ne faut pas non plus compter trouver réunis tous les signes décrits par cet auteur. Le syndrome de Sergent au complet est chose rare. Dans la statistique du docteur Roubier il était au complet chez dix de ses malades. Chez d'autres, l'inégalité pupillaire persistait seule ; chez d'autres encore, de petits ganglions cervicaux et axillaires étaient perçus des deux côtés.

Parmi les suspects de tuberculose, diverses modalités cliniques peuvent s'observer :

1° D'abord, chez beaucoup de malades, on peut constater simplement à un sommet, le droit surtout, une diminution du murmure vésiculaire. La sonorité, les vibrations, sont normales. L'image radioscopique montre un sommet parfaitement clair. Faut-il se hâter de conclure à une pleurite du sommet ? Evidemment non. Une symphyse pleurale peut en être assurément la cause ; mais combien d'autres facteurs peuvent déterminer cette diminution du murmure vésiculaire. Celui-ci peut varier suivant les individus : plus fort chez les personnes maigres, il est plus faible chez les personnes à parois thoraciques épaisses. Cet affaiblissement peut être dû aussi

à une gêne permanente de la respiration nasale, à une hypertrophie des amygdales, à une asymétrie de conformation de la cage thoracique. Le décubitus latéral droit entraîne une diminution du murmure au sommet droit. Fernand Bezançon conclut à la possibilité de l'existence d'une diminution du murmure par atélectasie. Krœnig signalait chez les vieillards ayant séjourné longtemps au lit, de la matité des sommets pulmonaires.

2° Chez d'autres malades on trouve une diminution des vibrations, de la submatité, de l'obscurité respiratoire, un voile radioscopique net et homogène du sommet en cause, mais absence complète de bruits adventices. Beaucoup d'individus ne présentent seulement que la diminution de la transparence du sommet.

Dans ce cas, l'esprit hésite entre les diagnostics de pleurite adhésive, ou de sclérose parenchymateuse. Nous savons que la symphyse pleurale entraîne une diminution des vibrations, tandis que, au contraire, la sclérose les augmente. Mais peut-on, avec l'écran radioscopique, reconnaître si l'obscurité apicale est pulmonaire ou pleurale? Pour certains auteurs, on peut arriver à distinguer une lésion du poumon d'une lésion de la plèvre grâce à la modification apportée par la toux dans l'aspect du voile des sommets.

Dans le cas de lésions pleurales, la teinte des sommets se modifie pendant la toux, les sommets s'éclaircissent; après la toux ils reprennent leur teinte plus ou moins terne: le poumon est donc resté per-

méable à l'air. Quand la lésion est parenchymateuse, la toux ne permet plus l'illumination des sommets, l'opacité reste fixe : le poumon est imperméable à l'air

La valeur diagnostique de ce signe de l'illumination à la toux n'a pas été à l'abri de toute critique. Le docteur Jordan ne tient aucun compte de ce signe. Lebon pense « que c'est se leurrer » que de vouloir diagnostiquer une pleurite apicale d'une congestion du sommet par l'illumination ou la non illumination de ce dernier dans la toux. Il est certain, en effet, que la radiographie ne nous montre pas voilés tous les sommets porteurs de lésions tuberculeuses : des lésions importantes échappent quelquefois à cet examen. Mantoux et Maingot ont mis ce fait en lumière par une série d'expériences. Ils prélevaient à l'autopsie des fragments de tissu tuberculeux. Un sujet, dont l'image pulmonaire était connue comme normale, se tenait debout devant l'écran. Ils plaçaient les pièces de telle sorte que leur projection coïncidât avec les différentes régions du poumon. Ils constataient ainsi que de larges fragments de tissu tuberculeux, ayant près d'un centimètre d'épaisseur, ne donnaient aucune ombre appréciable.

Nous concluons, nous aussi, que l'altération radiologique des sommets ne nous permet pas plus que l'auscultation et la percussion de déterminer l'état de la lésion, de préciser si elle est pleurale ou parenchymateuse. Aussi, pour élucider ce problème, faut-il procéder à une exploration minutieuse. On

pourra pencher pour une altération parenchymateuse quand on se trouve en présence d'une matité franche, de vibrations vocales exagérées, de craquements, d'hémoptysies, quand les voiles sont opaques, non modifiés par la toux. L'altération pleurale semblera manifeste quand il y aura de la submatité, des vibrations vocales diminuées, des bruissements fins et des voiles plus diffus qui s'illumineront par la toux.

Mais bien souvent la pleurite adhésive et la sclérose parenchymateuse coexisteront et le diagnostic entre ces deux lésions restera incertain. Aussi, dans cette deuxième catégorie de suspects, il faut surtout s'attacher à rechercher si l'affection est évolutive ou non : l'état général et fonctionnel des malades nous donneront la solution de ce problème.

3° Chez d'autres malades, enfin, la perception de bruits adventices fins, soi-disant frottements pleuraux, fait porter le diagnostic de pleurite du sommet ou mieux de cortico-pleurite apicale subévolutive. C'est cette affection que nous allons étudier.

DIVISION

Nous diviserons l'étude de la pleurite du sommet en deux chapitres distincts.

Nous envisagerons d'abord la pleurite au cours de son évolution : c'est *la pleurite du sommet évolutive ou subévolutive*.

Puis la pleurite, en tant que lésion guérie : *la pleurite adhésive ou cicatricielle*.

CHAPITRE III

La pleurite apicale, subévolutive.

Bruissements fins pleuraux ou sous-pleuraux

a) *Symptomatologie*

Début. — Le début de l'affection est difficile à préciser. La période prémonitoire peut s'étendre quelquefois sur plusieurs mois pendant lesquels le sujet maigrit légèrement, digère mal, se plaint de fatigue, d'un léger essoufflement, au moindre effort, de palpitations. Son faciès est pâle et rappelle celui des pré tuberculeux. Puis un jour, à l'occasion d'un simple rhume ou même sans cause apparente, un point de côté apparaît et l'affection se constitue.

Période d'état. — *Signes fonctionnels.* — A la période d'état de la maladie, les signes fonctionnels chez beaucoup de malades peuvent être réduits au

minimum. On ne constate pas de fièvre, l'état général reste satisfaisant. Le docteur Roubier signale ce fait vingt fois sur 53 sujets examinés.

Chez le plus grand nombre ils consistent en :

1° *Une toux quinteuse*, constante, survenant surtout la nuit et le matin au réveil, précédée de chatouillement que Dufourt appelle « râclage laryngé ». Elle est accompagnée d'une expectoration peu abondante, fluide blanchâtre, et l'examen bactériologique le plus minutieux ne décèle aucun bacille de Koch.

2° *Des points de côté*, donnant la sensation de piqûres d'aiguilles, à sièges variables, mais se localisant avec prédilection à l'endroit où le stéthoscope décèle des bruissements secs. La douleur est spontanée, elle s'amplifie au moment des quintes de toux, et une pression légère du doigt la provoque.

3° *De la dyspnée d'effort*. — L'essoufflement existe non seulement au moindre effort, mais même au repos. Quelquefois, elle peut devenir paroxystique : le malade éprouve alors la sensation de constriction thoracique avec écrasement sternal, mais ce fait est rare.

Signes généraux d'imprégnation bacillaire. — Nous avons vu que chez de nombreux sujets l'état général se conserve parfaitement, mais beaucoup de malades se plaignent de lassitude très grande, d'une perte complète des forces, de sueurs nocturnes.

Du côté de l'appareil digestif, l'anorexie, la flatulence gastrique, les troubles dyspeptiques sont fréquents, de là l'amaigrissement assez accusé de ces malades. Le docteur Morichau-Beauchant a vu sur-

venir du flux diarrhéique en dehors de toute cause alimentaire.

Du côté du cœur et de la circulation on note quelques palpitations et un abaissement de la pression artérielle.

Enfin, ils présentent un état subfébrile permanent avec une température atteignant le soir 38°5. Si on leur fait subir l'épreuve de la marche de Darenberg, on est frappé de la voir positive autant et même plus que chez les bacillifères.

Cet ensemble de symptômes semble révéler chez ces sujets une véritable toxi-infection bacillaire.

Signes physiques. — La palpation et la percussion ne fournissent aucun renseignement : les vibrations et la sonorité ne sont pas sensiblement modifiées. La pression profonde dans la fosse sus-épineuse et l'espace scapulo-vertébral est souvent un peu douloureuse

A l'auscultation minutieuse au stéthoscope, on perçoit, dans des endroits variables, des bruissements fins, bien différents, des frottements pleuraux typiques qui, eux, ont un timbre rude, râpeux, caractéristique. Le Docteur Roubier en donne la description suivante : « Ce sont de petits bruits extrêmement fins, secs, superficiels ; ces bruits peuvent être très rapprochés les uns des autres et alors le murmure prend un caractère granuleux ou rugueux bien spécial ; le plus souvent ils sont bien isolés et éclatent à la façon de petites bulles extrêmement fines. »

En arrière, il faut surtout les rechercher à la par-

tie interne de la fosse sus-épineuse, dans la région décrite par Stéphen Chauvet, sous le nom de zone d'alarme; dans les fosses sous-épineuses, quelquefois même à la partie moyenne du poumon. Rarement, on les observe au niveau des scissures.

En avant, dans le creux sus-claviculaire et sous la clavicule, on les entend presque jamais.

Ils sont surtout perceptibles à la fin de l'inspiration sous la forme de deux ou trois fines crépitations. En général, ils existent aussi pendant toute la durée de l'expiration. Ils ont comme caractère secondaire de ne pas disparaître avec des inspirations successives et d'être peu modifiés par la toux.

Souvent ils sont bilatéraux, mais ils prédominent toujours d'un côté. Leur principal caractère est leur variabilité : ils paraissent et disparaissent du jour au lendemain, pour réapparaître plus tard. Ils se modifient suivant la position des malades : le docteur Roubier les perçoit mieux quand le sujet est ausculté debout qu'assis dans son lit. (Voir observation 1.)

On peut noter en plus à l'auscultation une diminution du murmure vésiculaire et souvent au sommet malade une expiration soufflante.

Le syndrome de la pleurite apicale de Sergent, recherché par le Docteur Roubier, sur les malades qui présentaient ces bruissements fins ne s'est trouvé au complet que chez 10 de ses malades. Chez les autres il trouvait une légère dilatation de la pupille correspondante au sommet atteint, chez le plus grand nombre, de nombreux ganglions cervicaux et axillaires,

Signes radioscopiques. — L'image radioscopique donne des résultats variables. Sur 53 malades, le docteur Roubier constate que 33 fois les sommets apparaissent clairs. Aussi, peut-on admettre qu'il y a dans la pleurite du sommet une phase clinique pendant laquelle la radioscopie ne révèle aucune lésion. Si la pleurite reste bénigne, l'auscultation seule révèle le dépoli momentané de la séreuse ; quand les bruissements fins ne sont plus perçus, la séreuse a retrouvé son intégrité et il ne peut persister aucune trace anatomique de cette légère atteinte : le poumon continuera à garder sa transparence aux rayons X.

Dans d'autres cas, le voile existe sur le sommet atteint. C'est un voile léger, homogène, donnant surtout l'impression d'une estompe fondue de toute la zone où il reste strictement limité en avant sur toute la région sus-claviculaire du dôme, en arrière sur la fosse sus-épineuse. Une respiration ample, la toux, rendent à ce sommet toute sa transparence. Il s'agit là d'une très légère pleurite sans adhérence n'intéressant nullement le parenchyme et laissant aux alvéoles leur souplesse et leur intégrité comme le montre l'illumination à la toux.

Quelquefois ce voile peut être un peu plus épais ; l'illumination à la toux ne peut plus se produire ou est un peu plus faible : c'est une indication que la maladie évolue et que la corticalité du parenchyme est atteinte.

Le docteur Roubier rapporte que chez 2 de ses malades le sommet où se percevaient les bruisse-

ments fins était très clair, et c'était le sommet opposé qui était légèrement pénombé alors qu'on n'y décelait aucun signe d'auscultation. (Voir observation 4.)

Dans tous les cas l'image radioscopique ne révèle ni tache ni pommelure.

Signes physiques et radioscopiques quelquefois à une base associés. — Chez quelques malades les bruissements fins se font entendre non seulement dans l'étroite région pulmonaire de l'apex, mais encore à la base qui correspond au sommet atteint ; quelquefois même du côté opposé. A la base, ils sont plus nombreux, inspiratoires et s'entendent mieux dans les régions latérales et antérieures du poumon.

L'examen radioscopique montre chez ces sujets :

1° Une diminution de l'amplitude diaphragmatique. Le diaphragme du côté malade en situation normale à l'expiration, s'abaisse moins à l'inspiration que du côté sain.

2° Une déformation du diaphragme : la coupole diaphragmatique s'aplatit et tend vers l'horizontale.

3° Des altérations du sinus costo-diaphragmatique qui peut être réduit dans sa largeur et dans sa profondeur, ou bien à demi comblé.

4° La présence d'un voile léger, homogène, analogue à celui du sommet, voile qui varie d'intensité suivant la position respective occupée par le malade et par l'écran.

5° Enfin, des adénopathies hilaires qui se rencontrent très fréquemment et qui se présentent sur

l'écran sous forme d'ombres hilaires élargies, anormalement développées. Ce sont des taches très sombres et très nettes, auxquelles Piéry et Jacques ont donné le nom de « taches nummulaires » signature des ganglions crétaçés ou scléreux des tuberculoses latentes.

Evolution. — Nous avons signalé l'extrême variabilité des bruissements fins. Très nets aujourd'hui, ils ne sont pas perçus le lendemain pour réapparaître les jours suivants. On leur attribue une existence éphémère mais leur disparition est plus apparente que réelle. Ils peuvent persister alors même que les symptômes généraux de la pleurite se sont considérablement améliorés.

Le Docteur Roubier a pu examiner pendant huit mois un sujet qui présentait durant cette longue période des bruissements secs au sommet gauche.

L'évolution de la pleurite apicale subévolutive est d'une durée que l'on ne peut déterminer, même approximativement. Elle diffère donc des réactions inflammatoires aiguës habituelles en ce qu'elle ne se fait pas suivant un mode continu : elle procède par poussées aiguës courtes et irrégulières entrecoupées de longues périodes silencieuses. De là le nom que lui a consacré Piéry, de pleurite à répétition.

b) *Origine et mode de production des bruissements fins des sommets*

Deux théories se trouvent en présence pour expliquer l'origine des bruissements fins.

a) **Théorie pleurale.** — Grancher décrivait les bruissements fins sous le nom de craquements secs. « Ces craquements, écrit-il, sont si fins, si rares, si fugitifs, que l'oreille ne peut arriver à saisir dans une série d'inspirations successives que deux ou trois de ces bruits adventices. Cette variété de craquements résulte tantôt d'un frottement pleural, tantôt d'un bruit de déplissement, tantôt d'un râle crépitant vrai. On doit le rapporter à la plèvre quand il se fait entendre tout à la fois à la fin de l'inspiration et dans l'expiration, surtout s'il se produit entre les deux temps et s'il a éclaté subitement et isolément en dehors de tout mouvement respiratoire. Ce bruit est alors perçu sous la forme d'une petite détonation brusque et sèche, donnant la sensation d'une seule bulle ou mieux d'un seul bruit survenu comme au hasard et renaissant avec le même caractère dans la respiration suivante, ou se déplaçant ou même disparaissant.

« Les bruits de déplissement se font uniquement entendre à la fin de l'inspiration : ils sont liés aux mouvements d'expansion pulmonaire et sont, d'ordinaire, discrets et fugitifs. De même, les râles crépitants vrais, ne sont perçus que pendant l'inspiration, mais ils sont plus nombreux et plus humides que les râles de déplissement. Ces râles, contrairement aux frottements, sont nettement modifiés par la toux. Souvent il est très difficile de dire si le bruit perçu est un frottement ou un râle, aussi Trousseau donnait à ces crépitations incertaines le nom de frottements râles.

« Aussi, quand un bruit semblable à un craquement humide ou à un râle sous-crépitant se produit à la fin de l'inspiration seulement, et se continue dans l'expiration, on peut raisonnablement l'attribuer à la plèvre, car les grosses crépitations d'origine pulmonaire ou bronchique existent dès le commencement de l'inspiration. »

b) **Théorie sous-pleurale.** — Tripier décrit ces bruits sous le nom de craquements secs ou indéterminés. Il ne pense pas, contrairement à Grancher, que ces bruits soient attribuables aux lésions pleurales, en raison du peu de déplacement des plèvres au niveau du sommet et des adhérences qui se produisent rapidement lorsqu'elles sont enflammées. Ces adhérences ne donnent lieu à aucun bruit particulier, comme on a si fréquemment l'occasion de le constater chez les sujets qui ont succombé sans les avoir présentés et qui, cependant, sont porteurs d'adhérences localisées à cette région.

Aussi, faut-il admettre que ces râles prennent naissance dans le tissu pulmonaire sous-jacent. En effet, si on envisage la persistance de ces bruits pendant des mois, leurs récives, si fréquentes, on ne peut leur attribuer une origine pleurale. Des frottements ne dureraient pas aussi longtemps car les surfaces pleurales ne tarderaient pas à se symphyser rapidement, ce qui devrait entraîner la disparition des bruissements fins.

Nous admettons maintenant que la cause de ces bruits réside dans la participation de la corticalité du parenchyme pulmonaire à l'inflammation pleu-

rale : la pleurite est au point de vue anatomo-clinique une cortico-pleurite.

c) **Signification.** — On peut se demander si cette pleurite, qui nous paraît prédominante par ses symptômes, est véritablement primitive au point de vue anatomo-pathologique. Grancher avait démontré la participation de la plèvre viscérale à la structure du poumon « la plèvre viscérale, dit-il, n'intervient pas dans la formation des canaux respiratoires, mais elle joue un rôle important dans la constitution du stroma : tissu conjonctif, canaux sanguins et lymphatiques. Son existence d'abord, et par conséquent sa pathogénie, sont donc et resteront intimement liées au développement et à la pathologie du stroma pulmonaire. Entre eux n'existent pas seulement des rapports de connexité ou de contiguïté, mais des rapports beaucoup plus étroits d'identité d'origine et structure ».

Tripier, le premier, affirma nettement que la détermination des lésions pleurales réside dans une inflammation du parenchyme pulmonaire. « Partout, écrit-il, où existent des adhérences des plèvres, le tissu pulmonaire avoisinant offre des altérations inflammatoires anciennes ou récentes. Lorsque des brides scléreuses anciennes relient le poumon à la paroi on peut s'assurer qu'à ce niveau le tissu pulmonaire offre toujours au moins quelques traces d'une sclérose ancienne. Et, lorsque les plèvres sont immédiatement fixées l'une à l'autre sur une certaine étendue, de manière à constituer la symphyse proprement dite complète ou incomplète, on recon-

naît qu'il existe dans les parties correspondantes du poumon, le plus souvent avec des traces de sclérose ancienne, un processus inflammatoire en voie d'évolution. Celui-ci est caractérisé par une vascularisation augmentée sur toutes les parties affectées, et par la présence d'un exsudat en quantité variable, dans les alvéoles pulmonaires, dans le tissu interalvéolaire, interlobulaire et surtout pleural... On peut dire d'une manière générale que c'est l'inflammation du parenchyme pulmonaire qui, dans tous les cas, paraît jouer le rôle principal dans la détermination des lésions pleurales. »

Piéry a montré qu'au niveau des scissures on peut trouver, sous-jacent aux lésions pleurales, un léger processus de pneumonie corticale (alvéolite au stade d'engouement). Il se demande alors si ce processus pneumonique est contemporain de la poussée de pleurite, s'il l'a précédée ou bien si l'inflammation du parenchyme est une complication de l'inflammation pleurale. Ce problème est difficile à résoudre en clinique.

L'absence ou le peu d'intensité des altérations radioscopiques semble bien prouver qu'il n'existe pas chez de tels malades de lésions parenchymateuses bien accentuées. Aussi, faut-il voir dans la pleurite apicale un processus inflammatoire superficiel pleural ou mieux cortico-pleural.

Quelle est donc la nature de cette inflammation ?

Nous éliminerons tout d'abord les pleurites traumatiques que la chirurgie de guerre nous a fait connaître. Consécutives à la plaie pénétrante du thorax,

à l'inclusion d'un projectile dans le parenchyme pulmonaire, voire même à la simple contusion de la paroi, elles ne sont pas vouées fatalement à la symphyse.

Les bruissements fins sont constatés aussi chez des sujets porteurs d'une obstruction nasale mais sans altération de l'état général, ni modification radiologique des sommets. La guerre a mis en évidence l'importance des lésions des voies respiratoires supérieures dans la genèse des accidents pulmonaires.

M. le Médecin-Inspecteur Lemoine a surtout attiré l'attention sur les troubles mécaniques qui découlent de l'obstruction nasale : les infirmes du nez respirent mal et ce sont les sommets qui, dans le poumon, respirent le moins bien.

Rist a montré l'importance des suppurations chroniques du naso-pharynx et la fréquence des bronchites apicales d'origine nasale qui peuvent simuler cliniquement la tuberculose, mais dont l'examen à l'écran radioscopique révèle une transparence normale.

Sergent souligne la fréquence extraordinaire chez le soldat du front d'une véritable maladie respiratoire des tranchées à laquelle il donne le nom de « bronchite des pieds humides et des nez bouchés ». (Voir observation 2.)

On trouve encore ces bruissements fins chez d'anciens intoxiqués par gaz, chez des paludéens à accès fébriles répétés. Dans ce dernier cas, le Docteur Roubier se demande s'il ne s'agirait pas d'un pro-

cessus inflammatoire apical d'origine palustre. (Voir observation 6.)

Ce sont là des causes possibles mais secondaires de pleurite. Il ne nous semble pas douteux que dans la grande majorité des cas c'est un processus inflammatoire tuberculeux qui est en cause. A défaut de preuves anatomiques et bactériologiques, nous ne pouvons nous appuyer que sur des arguments d'ordre clinique pour démontrer la nature tuberculeuse de ce processus.

Nous ne prétendons pas reprendre ici le problème si compliqué de la tuberculose primitivement pleurale.

Calmette relate des cas de tuberculose primitive chez de jeunes animaux infectés par voie digestive sans qu'il y ait aucune autre lésion de l'organisme.

Piéry rattache à la tuberculose inflammatoire de Poncet ces lésions pleuro-pulmonaires, surtout inflammatoires (pleurite simple, alvéolite diffuse), dépourvues de lésions typiques (tuberculose non folliculaire de Landouzy). La réaction pleurale, pour cet auteur, correspond à une tuberculisation discrète du parenchyme pulmonaire.

Bériel, en étudiant les lésions discrètes sous-pleurales (nodules crayeux, cicatrices froncées, points blancs de la plèvre) qui sont, en somme, les vestiges de nodules pneumoniques corticaux sous-jacents aux lésions pleurales, a pu reconnaître l'existence de la tuberculose, non seulement dans les ganglions du hile mais dans ces ganglions qui correspondent à des territoires déterminés de substance pulmonaire

et que l'on trouve seulement en faisant des incisions quelquefois assez profondes dans le tissu au niveau du pédicule.

Dufourt décrit des cortico-pleurites sous-mammaires au cours de l'adénopathie trachéo-bronchique chez des enfants présentant des signes d'impregnation bacillaire.

Aucun critérium n'existe pour assurer la nature tuberculeuse de la pleurite apicale, mais on a bien l'impression de bacillose devant la discordance nette chez ces malades entre l'intensité et la durée des accidents et le peu d'importance des signes pleuraux. Nous soupçonnons la tuberculose en nous basant sur les considérations suivantes :

1° Si on fouille les antécédents héréditaires et collatéraux de nos malades, on note la fréquence de leurs antécédents bacillaires. Le docteur Roubier les trouve chez 23 % de ses malades, proportion qui n'est pas dépassée chez les bacillifères.

2° L'interrogatoire révèle chez quelques malades des antécédents personnels : ils ont eu des points de côté, de la toux hivernale, des pleurésies séro-fébrileuses, de petites hémoptysies signes de probabilité en faveur de la tuberculose. Enfin, chez quelques malades, on remarque la coexistence de la pleurite avec une fistule anale, une épидидymite tuberculeuse. (Observation 3.)

3° Sergent a montré la fréquence de l'adénopathie sus-claviculaire liée pour lui beaucoup plus à l'inflammation de la plèvre qu'à celle du parenchyme. En outre, nous savons qu'il peut exister aussi de

l'adénite cervicale et axillaire, que nos malades sont porteurs d'adénopathies hilaires, ce qui fait, en résumé, qu'ils ont autant et même plus de ganglions que des bacillaires évolutifs. Il y a donc un rapport non douteux entre la tuberculisation ganglionnaire et la nature tuberculeuse de la pleurite.

4° Enfin, quelle affection autre que la tuberculose pourrait s'accompagner d'anorexie, d'amaigrissement, de sueurs, de fièvre modérée, d'anémie, d'hypotension, de crachats hémoptoïques, qui sont la signature d'une tuberculose au début ?

Puisqu'elle est une forme de tuberculose, la pleurite apicale ne serait-elle pas la lésion initiale de la phthisie commune ?

C'est ce que pense Grancher quand il dit que les craquements secs indiquent l'existence de tubercules pulmonaires encore discrets qui évolueront plus tard.

Ou bien ne s'agirait-il pas plutôt d'une des formes cliniques de la tuberculose pulmonaire dont Bard nous a montré la multiplicité ?

L'hypothèse d'une forme spéciale de tuberculose d'évolution bénigne est acceptée par la majorité des auteurs. Sargent fait de la pleurite apicale un témoin révélateur de la tuberculose. Piéry pense qu'il s'agit d'une localisation pleurale et pulmonaire de la tuberculose inflammatoire d'Antonin Poncet. Morichau-Beauchant décrit la pleurite sous le nom de tuberculose respiratoire fermée.

Conclusion. — Nous concluons en faisant de la pleurite primitive du sommet une forme bénigne de

tuberculose pleurale. Cette pleurite évolue très rarement vers la caséification et le ramollissement. Les malades examinés longuement par MM. Morichau-Beauchant, Roubier, n'ont jamais révélé aucun signe d'une lésion ulcéreuse du poumon et les signes d'auscultation persistent de nombreux mois sans modification.

Aussi, dans le cas de pleurite apicale, l'attention doit être toujours éveillée par la probabilité de la spécificité tuberculeuse, et il faut se souvenir que la gravité de cette affection va croissant avec chaque récurrence.

CHAPITRE IV

La pleurite apicale cicatricielle ou adhésive

Nous avons vu que l'évolution de la pleurite apicale ne se fait pas suivant un mode continu, et, qu'en général, elle procède par poussées aiguës ou subaiguës, courtes ou prolongées, entrecoupées de périodes silencieuses plus ou moins longues, qui font penser à l'extinction définitive de l'affection. Pendant ces périodes silencieuses, l'affection est cliniquement éteinte, mais anatomiquement la lésion continue à évoluer.

La plèvre viscérale, pendant les périodes aiguës, se couvre de réseaux fibrineux et produit des bourgeons conjonctifs qui provoquent par contact sur la plèvre pariétale une inflammation de même nature. Ces néoformations conjonctivo-vasculaires établissent de l'un à l'autre feuillet de la plèvre des adhérences lamelleuses. Puis ce tissu subit des changements profonds : au début, riche en vaisseaux, en éléments conjonctifs néoformés, il tend progressivement vers le tissu de cicatrice. Les vaisseaux s'atrophient, disparaissent en grande partie, les faisceaux connectifs l'emportent, le nombre des cellules diminue. Cette symphyse, d'abord molle et facile à rompre, devient, avec le temps, résistante et ferme au point que les deux feuillets sont réellement confondus. Ainsi se constitue peu à peu la pleurite apicale cicatricielle,

Symptomatologie. — *Signes fonctionnels.* — Les signes fonctionnels sont nuls ou à peu près nuls. La plupart de ces malades vaquent à leurs occupations habituelles ; quelques uns se plaignent d'une légère gêne respiratoire quand ils fournissent un effort physique inusité. Ils n'accusent pas de points de côté sauf dans quelques efforts violents ou par les temps humides. Ils restent cependant sujets aux bronchites en hiver, mais jamais dans leur expectoration on ne décèle de bacilles de Koch.

Signes généraux. — Les signes généraux sont nuls. Aucun de ces malades ne présente de fièvre. Quelques uns conservent la pâleur et la maigreur de la période évolutive.

Signes physiques. — A l'inspection, quand la symphyse totale du dôme est constituée, on note une certaine atrophie avec hypotonie des muscles de la région scapulaire du côté du sommet atteint. Cette atrophie est plus facile à apprécier au niveau du sus-épineux et surtout du trapèze.

A la palpation, les vibrations sont normales ou diminuées dans la fosse sus-épineuse ; normales, quand la symphyse est peu épaisse et ne gêne pas le jeu du poumon ; diminuées, et quelquefois même abolies, dans le cas de symphyses épaisses qui étouffent les bruits du poumon. Elles jouent le rôle d'une tenture, d'un tapis, et empêchent les vibrations d'arriver jusqu'à la paroi avec leur timbre ordinaire. On a de la submatité et même de la matité absolue à la percussion superficielle. La percussion profonde révèle quelquefois une sonorité aussi accusée que

normalement : ce phénomène indique qu'au dessous de la symphyse, le poumon est resté perméable à l'air.

L'auscultation dans quelques cas très rares peut déceler quelques frottements, mais dans la majorité des cas on trouve un murmure très affaibli, et dans la règle c'est l'obscurité respiratoire qui domine sans aucun bruit adventice.

Lorsque la symphyse n'est pas absolue et qu'il s'agit plutôt d'adhérences encore molles, on peut trouver en outre quelques bruits anormaux d'ailleurs très inconstants : bruits de frottements et de clapets. Des troubles du rythme respiratoire peuvent être la conséquence d'adhérences localisées : la respiration est lointaine et saccadée.

Signes radioscopiques. — Plus importants encore sont les signes fournis par l'écran radioscopique et c'est le moyen de diagnostic le plus fidèle. Dans les adhérences de nouvelle formation, on constate un état trouble plus ou moins généralisé du sommet malade, avec opacités diffuses, correspondant aux endroits où se forme la symphyse. Cet état trouble est pour M. le Médecin-Major Bernard caractéristique de la pleurite adhésive.

Quand la symphyse est définitivement constituée, l'opacité est absolue, ne se modifiant pas aux divers temps de la respiration et à la toux.

A ces différents signes, il convient d'ajouter les signes à distance de Sergent. La mydriase de la pleurite subévolutive fait place au myosis dans les vieilles symphyses. L'adénite sus-claviculaire semble plus constante : on trouve un ganglion dur et de la trou-

culite. La dureté de ce ganglion est corollaire d'une pleurite cicatricielle.

Enfin M^{me} Déjerine constate à cette période de la vaso-dilatation des capillaires de la pommette et de la diminution de la fente palpébrale avec rétraction du globe oculaire.

Pathogénie. — La pleurite apicale adhésive est l'aboutissant d'une pleurite évolutive. C'est une forme fixée n'évoluant plus.

Certains auteurs (Lemardeley) semblent admettre l'utilité des adhérences dans la tuberculose : l'immobilisation du poumon donne à cet organe un repos qui lui permet de lutter avec avantage. D'autres (Péron) admettent plutôt que les adhérences ont étouffé les lésions bacillaires de la plèvre, les empêchant de se développer et de se propager au poumon.

Sans nier absolument leur rôle curatif dans la pleurite apicale, nous pensons avec M. le Professeur Pic, que les adhérences ne sont pas une cause de guérison de la tuberculose pleuro-pulmonaire, mais qu'elles sont un témoin de cette guérison : elles sont la preuve de l'évolution fibreuse de la maladie.

La pleurite adhésive est une lésion guérie, suite d'une lésion pulmonaire qui a régressé.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

1° Pleurite apicale subévolutive. — Il y a un double écueil à éviter dans le diagnostic de la pleurite apicale subévolutive. Le premier consiste à ne diagnostiquer qu'une névralgie intercostale, un rhume, une anémie passagère sans songer à cette forme de tuberculose bénigne.

La seconde erreur c'est de croire à une tuberculose caséuse qui n'existe pas, et celle-là n'est pas moins fréquente que la première. Les signes généraux y incitent, mais c'est surtout l'interprétation mauvaise des signes stéthoscopiques qui l'ont égaré le diagnostic. Les bruissements fins sont pris pour des craquements et on porte le diagnostic de tuberculose au stade de ramollissement.

Inversement on peut croire à une pleurite alors qu'en réalité il s'agit d'une tuberculose caséuse. La lésion pleurale masque la tuberculose parenchymateuse et l'erreur est plus difficile à éviter que précédemment. Mais un examen approfondi de l'état général du malade, les signes physiques et radioscopiques, éviteront encore aisément de faire fausse route. Dans le cas de tuberculose parenchymateuse l'état est plus grave, la fièvre plus élevée, l'amaigrissement plus considérable. Le malade aura eu ou a des hémoptysies, la toux est plus quinteuse, la radioscoie montre des signes nets de condensation pulmonaire.

Enfin un signe différentiel qui ne trompe pas : la présence de bacilles dans les crachats fait le diagnostic.

On peut encore hésiter avec une typho-bacillose de Landouzy, avec une granulie discrète de Bard, qui peuvent débiter par une détermination pleurale. L'évolution ultérieure de la maladie redressera le diagnostic qui ne porte pratiquement que sur un pronostic de durée et de gravité de l'affection.

2° Pleurite adhésive. — Un assez grand nombre de signes mettent sur la voie de l'existence d'une symphyse; mais comme presque toujours en pareil cas aucun d'eux n'est pathognomonique, et c'est plutôt sur l'ensemble de plusieurs signes réunis que sur l'un d'eux que l'on se basera pour faire le diagnostic absolu de la lésion qui le plus souvent ne sera que soupçonnée, qui plus souvent encore passera inaperçue si bien qu'on peut dire que dans l'immense majorité des cas elle demande à être recherchée pour être découverte.

Le diagnostic est à faire avec la sclérose parenchymateuse. Nous avons vu au début de ce travail que ce diagnostic était le plus souvent impossible à faire car la pleurite adhésive et la sclérose parenchymateuse co-existent souvent et qu'il faut surtout s'attacher à rechercher si l'affection est évolutive ou non.

Pronostic. — **1° Pleurite subévolutive.** — Le pronostic de cette forme de bacillose pulmonaire est bénin. Dans quelques cas favorables la guérison survient en trois ou quatre semaines; le plus souvent il faut quelques mois (deux ou trois) avant que les

sujets puissent reprendre leurs occupations habituelles. L'amélioration est lente et la convalescence tarde à venir. Bien que la température ait disparue, les malades conservent longtemps leur pâleur, leur essoufflement et ce n'est que peu à peu qu'ils reprennent leur poids primitif. La toux peut persister assez longtemps ainsi que les signes locaux. Ces malades ne sont pas exposés à devenir des phthisiques vulgaires : la pleurite du sommet n'est point l'antichambre de la phthisie.

2° *Pleurite adhésive*. — La présence d'une symphyse pleurale du sommet n'influence en rien la respiration et la santé du sujet puisque, comme on le sait, tous les cadavres d'adultes et de vieillards en présentent plus ou moins. Elles peuvent cependant transformer le sommet du poumon en un point de moindre résistance et devenir un lieu d'appel pour la congestion et l'œdème pulmonaire.

Traitement. — 1° *Pleurite subévolutive*. — En dehors de son importance séméiologique, la notion de la pleurite du sommet est également indispensable à connaître pour un traitement approprié.

1° L'indication primordiale est de mettre les malades au lit et au chaud.

2° Lutter contre la réaction congestive et inflammatoire par la révulsion sous sa forme physique et chimique (ipéca et décongestionnants pulmonaires).

3° Placer les malades dans les conditions favorables à la reconstitution d'un bon état général. Il est indispensable qu'ils reprennent du poids : c'est le rôle des médications reconstituantes, du quinquina,

des sels de chaux et des phosphates pour lutter contre la déminéralisation, auxquels s'ajoutent la cure de repos, la cure d'alimentation et la cure d'air.

4° On peut lutter contre l'hypotension de ces malades en administrant de l'adrénaline à doses fractionnées « à la Sergent » en continuant longtemps.

5° Exalter artificiellement les processus de défense antibacillaire par l'emploi des médications antituberculeuses. (Tanin, créosote et ses dérivés, sérum antituberculeux) dont l'action reste incertaine dans bien des cas.

Il est nécessaire dans l'armée de faire bénéficier d'une convalescence d'un mois au minimum tout militaire ayant présenté une pleurite apicale subévolutive avec retour à l'hôpital à l'expiration du congé afin de pouvoir procéder à un nouvel examen.

Dans les cas de poussées répétées de pleurite, le sujet devient justiciable d'une proposition pour le service auxiliaire.

2° *Pleurite adhésive.* — Une fois réalisée la symphyse échappe à toute thérapeutique, mais comme pour se constituer elle met un certain temps, il suffit de provoquer chez les convalescents de pleurite subévolutive une gymnastique pulmonaire active, seule capable d'empêcher la transformation fibreuse des adhérences molles et extensibles. Tous les exercices du corps, modérés et rythmés, tous les grands mouvements d'ampliation thoracique, préviendront au moins dans la mesure du possible la symphyse pleurale.

OBSERVATIONS

(dûes à l'obligeance du Docteur ROUBIER)

Observation 1.

N° 1370. — L..., Désiré, classe 1893, 15^e territorial, 7^e compagnie, 44 ans, représentant de commerce. Entré le 8 février 1918.

Parents morts vieux, un frère tué, femme et enfant bien portants. Dans l'enfance scarlatine et oreillons, depuis bonne santé. A été opéré d'une hernie et d'hémorroïdes en avril 1917.

Actuellement tousse depuis huit jours, crache peu, et se plaint de douleurs thoraciques, a un peu maigri et présente des sueurs nocturnes.

Examen du 8 février. — A droite, en arrière, pas de diminution de la sonorité et des vibrations. A la partie moyenne et sur une hauteur de cinq à six travers de doigt, on trouve des frottements pleuraux avec leurs caractères typiques. Il n'en existe pas à la base. Rien d'anormal à gauche. Rien au cœur. Mauvaise dentition. Pas de troubles digestifs.

Examen du 14 février. — Au sommet droit, en avant, dans les fosses sus et sous-épineuses, on entend des petits bruits très fins, secs, surtout inspiratoires, plus nombreux après des quintes de toux paraissant être des froissements pleuraux très super-

ficiels. A cet endroit l'expiration est soufflante. Ces petits bruits existent aussi dans le creux sus-claviculaire mais pas sous la clavicule où la respiration est normale. Quant aux frottements pleuraux typiques entendus plus bas, ils ont disparu aujourd'hui.

Pas de points de côté. Tousse peu. Tous les deux soirs la température monte à 38 degrés. La pression profonde de la fosse sus-épineuse droite est douloureuse.

Examen du 18 février. — Les crépitations fines ont diminué nettement : on les perçoit à la fin des fortes inspirations. A noter que le malade était examiné assis dans son lit.

Examen du 23 février. — *Debout*, on trouve au sommet droit de fines crépitations tout à fait semblables à celles déjà perçues, localisées dans la région de la zone d'alarme et à la partie interne de la fosse sous-épineuse. Il en existe dans le creux sous-claviculaire. Pas de modification notable du murmure vésiculaire. La température certains soirs monte à 38°.

Examen du 27 février. — Les crépitations du sommet droit ont disparu.

Examen du 28 février. — *Debout*, on retrouve encore quelques petits froissements fins au sommet droit. Pas de température, le malade se sent amélioré. Le malade part en convalescence.

Examen radiologique du 12 février. — On note une faible amplitude diaphragmatique des deux

côtés avec à droite, une légère déformation de la voûte dans les grandes inspirations. Réactions hilaires des deux côtés. Le sommet droit est légèrement moins transparent que le gauche : il s'éclaire mal à la toux.

Examen bactériologique. — Pratiqué trois fois : pas de bacilles de Koch.

Diagnostic final. — Cortico-pleurite subévolutive du sommet droit à poussées successives avec perception intermittente de bruissements fins sous-pleuraux dans les fosses sous et sus-épineuse. Pas de symptômes de lésions parenchymateuses en évolution.

Observation 2.

N° 1440. — B... Gabriel, 5^e génie, 14^e compagnie. Entré le 26 février 1918.

Parents et 2 sœurs bonne santé. Aucune maladie avant guerre. Service armé en 1915. Malade depuis juillet 1917. Evacué pour bronchite gauche du sommet (20 jours d'hôpital, 7 jours de permission). Evacué en octobre 1917 pour bronchite du sommet (3 mois d'hôpital, 30 jours de convalescence). Opéré en décembre 1917, à Jerville, d'une rhinite hypertrophique et de végétations adénoïdes. Evacué le 26 février 1918 pour frottements pleuraux du sommet gauche. Tousse continuellement, expectoration mucopurulente. Respiration nasale très gênée des deux côtés. A maigri un peu, sueurs la nuit, digère bien.

Examen du 27 février. — En arrière, sonorité diminuée. A gauche, vibrations exagérées. Des deux côtés à la partie interne de la fosse sus-épineuse et à la partie supérieure de l'espace intercapulo-vertébral on perçoit des petits bruits secs, crépitants, très tenus, superficiels, existant aux deux temps, mais prédominant surtout à l'inspiration. Ils existent des deux côtés, mais sont plus nombreux à gauche. Le murmure vésiculaire est un peu modifié, l'expiration est soufflante.

En avant, diminution du murmure au sommet droit sans bruits anormaux. Douleur à la pression profonde, dans la fosse sus-épineuse gauche et sus-claviculaire gauche.

Examen du 8 mars. — Même bruit que précédemment localisé dans la zone d'alarme et plus marqué du côté gauche, bruits très fins superficiels, quelques-uns un peu plus gros rappelant des râles sous-crépitanes. Au sommet gauche expiration plus soufflante qu'à droite. Derrière la clavicule gauche, à sa partie interne on perçoit un petit ganglion dur, roulant sous les doigts. Les pupilles sont inégales, la gauche est plus grande que la droite. La respiration nasale est très gênée. L'état général est stationnaire. Le malade n'a pas sensiblement maigri. Quelques poussées vespérales à 38°.

Examen radioscopique. — A gauche, réaction hilaire. Les sommets sont clairs et s'éclairent très bien à la toux.

Examen bactériologique. — Pas de bacilles de Koch.

Diagnostic final. — Cortico-pleurite, subévolutive des deux sommets prédominant à gauche chez un sujet porteur de signes d'insuffisance respiratoire nasale (Rhinite hypertrophique et végétations adénoïdes). Pas de symptômes de lésions parenchymateuses en évolution.

Observation 3.

N° 1603. — L... Joseph, classe 1892, 41^e territorial, entré le 5 avril 1918, service auxiliaire, 45 ans, cultivateur. Parents morts d'affections inconnues, 4 frères et 1 sœur en bonne santé. Evacué en février 1917 pour épидidymite bacillaire. Classé service auxiliaire pour cette raison en novembre 1917. Tousse depuis un an. Sueurs nocturnes. A maigri ces derniers temps. N'a jamais eu d'hémoptysies.

Examen du 10 avril 1918. — Au sommet droit en arrière pas de modification appréciable de la sonorité. A l'auscultation on entend de petits bruits secs superficiels, un peu éclatants, existant aux deux temps, aussi bien à l'expiration qu'à l'inspiration, dans les fosses sous et sus-épineuse, à la partie interne. Ce sont des bruits variables que l'on entend mieux *quand le malade est debout*. La respiration en avant sous la clavicule a un timbre rugueux, la sonorité est normale, les bruits fins ne se retrouvent pas. A gauche rien. Myo-œdème des deux côtés. Pupilles égales.

Examen du 11 avril — On entend les mêmes bruits, ils prédominent à l'expiration. La pression

est douloureuse dans la fosse sous-épineuse droite de même qu'en avant sous la clavicule. L'inspiration est granuleuse, le malade tousse un peu le matin.

Examen du 15 avril. — Mêmes bruits à droite assez intenses dans la fosse sous-épineuse. Quelques uns dans le creux sous-claviculaire droit. A gauche on en trouve quelques uns dans la fosse sous-épineuse, mais moins nombreux qu'à droite.

Examen du 18 avril. — On perçoit en arrière des bruits secs et superficiels très nombreux aux deux temps prédominant à l'expiration. La pression dans la fosse sus-épineuse droite est douloureuse. Pas de ganglion sus-claviculaire, les pupilles sont égales. Le malade ne tousse et ne crache pas en ce moment; pas de température, il part en convalescence.

Examen radioscopique. — 12 avril. — Rien d'anormal au point de vue pulmonaire.

Examen bactériologique. — Pas de bacilles de Koch.

Diagnostic final. — Cortico-pleurite des deux sommets très prédominante à droite, avec perception de nombreux froissements sous-pleuraux dans la fosse sous-épineuse chez un sujet présentant un noyau d'épididymite bacillaire gauche. Pas de lésions parenchymateuses en évolution. Le malade revient à l'hôpital le 12 novembre 1918. On constate à ce moment des symptômes identiques à ceux signalés aux précédents séjours. Froissements pleuraux au sommet gauche en arrière,

Observation 4.

N° 1924. — M... Louis., sergent, 23 ans, 99^e régiment d'infanterie, 8^e compagnie, comptable.

Entré le 6 septembre 1918. Père mort d'affection inconnue. Mère morte de fatigue à 45 ans. Sœur morte à 11 ans de bronchite chronique. Une sœur bien portante. Classe 1915. Vers 1910, aurait été malade pendant 2 mois. Mobilisé en 1914, il part au front en mai 1915. Evacué 3 fois pour blessures, jamais pour maladie. L'affection aurait débuté vers le 20 juin par des symptômes de grippe (Céphalée, temp. 39°5). Après 3 jours d'infirmierie il est évacué sur l'hôpital avec le diagnostic d'état grippal, de fièvre élevée persistante et de bronchite. Il fait une poussée de pleurésie gauche prédominant dans la région axillaire. Il tousse beaucoup, présente peu de température, quelques poussées à 38°. Aurait craché quelques filets de sang.

Il est proposé pour une convalescence de 2 mois, le 3 septembre, pour bronchite et pleurésie gauche, il est évacué sur un autre hôpital par ordre du général présidant la commission. Actuellement il tousse peu, ne crache pas, est un peu essoufflé. Aurait maigri de 4 kilos en 2 mois. Des sueurs la nuit. L'appétit est bon.

Examen du 6 septembre. — Le thorax est bien conformé, pas de myo-œdème. Les signes physiques sont localisés au sommet gauche. En arrière la sonorité est normale, les vibrations sont aussi fortes qu'à droite. Le murmure vésiculaire est diminué.

La respiration est granuleuse et on a aux deux temps surtout à l'inspiration de nombreux petits bruits fins, crépitants, superficiels, perçus dans les fosses sus et sous-épineuse, quelques uns un peu plus gros rappellent des râles sous-crépitan. Ils ne sont pas très éclatants et peu modifiés par la toux. Dans l'espace interscapulo-vertébral, expiration soufflante et on perçoit encore mieux les bruits que dans la fosse sous-épineuse. Ceux-ci disparaissent à la base. Pas de retentissement de la voix et de la toux au sommet gauche. Pas de pectoriloquie aphone.

En avant, sous la clavicule gauche, sonorité peu modifiée. Les vibrations sont aussi fortes qu'à droite. La respiration est granuleuse et on perçoit dans les deux premiers espaces de très petits bruits fins superficiels ayant le caractère de froissements pleuraux. Douleur à la pression dans la fosse sous-épineuse et dans le creux sous-claviculaire gauche. Petit ganglion dur, douloureux derrière la clavicule gauche et à sa partie interne. Inégalité pupillaire, pupille gauche plus grande que la droite. Rien au cœur. Légère élévation thermique vespérale 38°.

Examen du 14 septembre. — Signes physiques ne sont pas modifiés sensiblement Le malade est évacué sur l'intérieur.

Examen radioscopique. — Diminution légère de la transparence du sommet droit; le sommet gauche est clair; les deux sommets s'éclairent bien à la toux. Réaction hilaire à gauche. Déformation marquée de la voûte diaphragmatique gauche qui, au

moment de l'inspiration, prend la forme d'un V à pointe supérieure.

Examen bactériologique. — Pas de bacilles de Koch.

Diagnostic final. — Cortico-pleurite sèche du sommet gauche d'évolution subaigüe avec perception de nombreux bruissements fins en arrière et en avant. Etat subfébrile. Troubles de l'état général. Diminution de la transparence du sommet droit. Pas de bacilles dans les crachats.

Observation 5.

N° 2263. — D... Théodore, 55^e régiment d'infanterie. 35^e compagnie. Entré le 26 décembre 1918, célibataire, classe 1915, cultivateur. Parents et sœurs bien portants.

Faible et anémique avant la mobilisation, mais pas de maladie grave. Incorporé en mai 1917, il part en avril 1918. A eu la rougeole en avril. L'affection actuelle date de un mois et débute par de la toux et une laryngite avec un peu de fièvre. Evacué sur l'hôpital le 6 décembre 1918 pour état fébrile permanent avec température vespérale de 38°5. Evacué sur notre hôpital le 26 décembre pour bronchite chronique avec craquements au sommet droit. Actuellement tousse et crache peu, expectoration muqueuse. Pas de température. Aurait maigri, ne transpire pas la nuit. Appétit irrégulier.

Examen clinique du 26 décembre. — Thorax bien conformé avec dépression du creux sus-claviculaire,

Pas de myo-œdème. Les signes physiques prédominent au sommet droit. En arrière, sonorité diminuée, vibrations normales. Le murmure vésiculaire est diminué d'intensité à ce sommet. On y entend aux deux temps, mais surtout à l'inspiration, de nombreux petits bruits crépitants, fins, superficiels, peu éclatants, dans les fosses sus et sous-épineuse. Ils varient suivant les inspirations et sont peu modifiés par la toux. Il n'y a pas de retentissement à la toux. En avant la sonorité et le murmure sont normaux. Pas de râles aux deux temps. Rien à l'auscultation du creux sus-claviculaire. La pression de la fosse sus-épineuse droite est un peu douloureuse. Respiration nasale libre. Digère bien. Rien au cœur.

Examen du 2 janvier 1919. — Mêmes signes au sommet droit où on perçoit des bruissements fins. Etat subfébrile permanent à 37°5, à 38°5. On trouve dans le creux sus-claviculaire droit, à sa partie interne, un petit ganglion roulant sous le doigt. La pupille droite est nettement plus grande que la gauche

Examen du 10 janvier 1919. — La température est tombée. Le malade se sent amélioré; mais les bruissements fins se perçoivent avec la même intensité.

Examen radioscopique. — Négatif.

Examen bactériologique. — Pas de bacilles de Kock. Evacué sur l'intérieur.

Diagnostic final. — Asthénie générale chez un sujet présentant des symptômes cliniques de cortico-

pleurite subévolutive du sommet droit, avec bruissements fins dans la fosse sus-épineuse. Etat subfébrile prolongé. Troubles de l'état général. Pas de modifications radioscopiques. Pas de bacilles dans les crachats.

Observation 6.

N° 2322. — Ch... Emmanuel, classe 1911, 107^e régiment d'infanterie. Entré le 11 janvier 1919. Père mort d'affection pulmonaire chronique.

Service auxiliaire pour faiblesse. Deux sœurs assez bien portantes. Aucune maladie antérieure. Part au front en septembre 1915. Légère intoxication par gaz en septembre 1917, pour laquelle il n'est pas évacué. En août 1918 il a été évacué pour grippe et embarras gastrique (25 jours hôpital et 10 jours de convalescence). Il rejoint son corps et depuis n'a pas été hospitalisé. Le malade tousse depuis cette grippe et depuis des mois, il ne fait que tousser davantage. Il est évacué le 11 janvier 1919 pour bronchite et mauvais état général. Il a beaucoup maigri. Actuellement, toux quinteuse avec expectoration purulente. Depuis un mois aurait eu des vomissements après la toux.

Examen clinique du 11 janvier 1919. — Au sommet droit en arrière, la sonorité et les vibrations sont peu modifiées. Le murmure est diminué d'intensité. Après la toux on perçoit quelques râles sous-crépitaux très fins. Sous la clavicule droite on perçoit un murmure sans râle. La percussion est douloureuse et provoque la toux.

A la base droite, on trouve en arrière de petits râles crépitants, fins, inspiratoires. Le malade respire mal de la narine droite. Cœur un peu rapide, sans bruits anormaux.

Examen du 15 janvier. — Le malade crache peu. Il a eu hier 40°8, c'est un accès paludéen typique (il a eu des accès semblables en Algérie).

Examen du 17 janvier. — A la base droite, en arrière, diminution de la sonorité sur une étendue de 3 à 4 travers de doigt. A ce niveau on perçoit à la fin des fortes inspirations, une pluie de râles crépitants très fins.

Au sommet droit, en arrière, quelques crépitations fines, surtout inspiratoires dans les fosses sus et sous-épineuse. Le murmure est diminué à cet endroit. Sous la clavicule droite, expiration soufflante sans râle. La pression est sensible et provoque la toux.

Examen du 21 janvier. — Au sommet droit en arrière, on perçoit de petits frottements pleuraux très nombreux, inspiratoires, augmentés par la toux. Pas de ganglion sus-claviculaire. Pupilles égales.

Examen du 27 janvier. — Les bruissements fins ne sont plus perçus aujourd'hui. En arrière et au sommet droit, diminution du murmure. Douleur à la pression profonde. Quelques râles crépitants fins à l'extrême base droite. La pression à la partie interne de l'espace sous claviculaire droit est sensible mais ne provoque plus de quintes de toux.

Examen radioscopique. — Déformation marquée de la voûte diaphragmatique droite, qui dans les inspirations profondes prend la forme d'un V à pointe supérieure. Les sinus costo-diaphragmatiques sont conservés. Les deux sommets sont clairs et s'éclairent bien à la toux.

Examen bactériologique. — Pas de bacilles de Koch. Le malade sort le 17 février, proposé pour une convalescence de deux mois, maintenue par la commission. A eu quatre accès de paludisme dans cet intervalle.

Diagnostic final. — Asthénie générale et anémie chez un paludéen chronique. Poussées typiques de pleurite subévolutive du sommet et de la base droite, mais sans symptômes ni cliniques, ni radioscopiques de lésions parenchymateuses en évolution. Pas de bacilles dans les crachats.

Nous terminerons ce chapitre d'observations par un tableau synoptique groupant le résultat de 54 observations de pleurite apicale. Nous attirons particulièrement l'attention sur ce fait que 30 fois le sommet gauche a été atteint contrairement aux formes ulcéro-caséuses qui chez les militaires se sont montrées plus fréquentes au sommet droit.

N ^{os} d'ordre	NOM ET AGE	ANTÉCÉDENTS	SIGNES PHYSIQUES SIÈGE DES BRUISSEMENTS	TEMPÉRATURE	SIGNES RADIOSCOPIQUES
1301	A..., 21 ans	3 ^e évacuation.	Sommet gauche. Bruissements fins en arrière, murmure diminué.	Pas de température.	Sommet gauche légèrement gris.
1302	A..., 22 ans	Sœur morte tuberculeuse. 1 ^{re} évacuation.	Sommet droit. Murmure et sonorité diminués.	Pas de température.	Etat normal.
1307	C..., 41 ans	1 ^{re} évacuation.	Sommet droit. Crépitation fine.	38° une fois.	Réaction hilaire des deux côtés.
1351	M..., 24 ans	3 ^e évacuation. Intoxiqué par les gaz.	Partie moyenne du poumon gauche.	38° deux fois.	Obscurité du poumon gauche.
1370	L..., 44 ans	2 ^e évacuation.	Sommet droit. Signes augmentés debout.	38° le soir.	Sommet droit légèrement gris s'éclairant mal à la toux. Réaction hilaire des deux côtés.
1383	C..., 35 ans	Fille coxalgique. 2 ^e évacuation.	Sommet droit. Les crépitations fines disparaissent.	Pas de température.	2 sommets gris s'éclairant mal à la toux.
1403	M..., 26 ans	Dysenterie (Orient).	Sommet droit. Crépitations. Murmure diminué. Expiration soufflante, ganglion sus-claviculaire des deux côtés.	Pas de température.	Etat normal.

N ^{os} d'ordre	NOM ET AGE	ANTÉCÉDENTS	SIGNES PHYSIQUES SIÈGE DES BRUISSSEMENTS	TEMPÉRATURE	SIGNES RADIOSCOPIQUES
1416	T..., 24 ans	2 ^e évacuation.	Sommet gauche. Bouffées de crépitations après toux. Sonorité et murmure diminués, petit ganglion à gauche. Pupille gauche plus petite que la droite. Guérison 8-10 jours.	Pas de température.	Diminution de la transparence de l'ensemble du poumon gauche.
1465	C..., 27 ans	Intoxiqué par les gaz 2 fois.	Sommet droit. Crépitations fines.	Pas de température.	Sommet droit s'éclaircit mal.
1440	B...	Nez généré (opéré 2 côtés), bronchite des sommets. 3 ^e évacuation.	2 sommets, gauche en arrière, petites crépitations fines inspiratoires. Expiration soufflante. Pris pour éraquement, ganglion sus-claviculaire gauche, pupille gauche plus grande que la droite. Etat stationnaire.	Pas de température.	Etat normal. Les sommets s'éclaircissent bien, ganglion à droite.
1547	A..., 26 ans	3 ^e évacuation.	Sommet gauche (variabilité du jour à l'autre), augmenté debout, ganglion des 2 côtés.	Pas de température.	Etat normal.
1569	P..., 22 ans	3 ^e évacuation.	Sommet gauche (variabilité), quelques-uns à droite, ganglions axillaires gauche.	Pas de température.	Etat normal

N ^{os} d'ordre	NOM ET AGE	ANTÉCÉDENTS	SIGNES PHYSIQUES SIÈGE DES BRUISSEMENTS	TEMPÉRATURE	SIGNES RADIOSCOPIQUES
1596	R..., 36 ans	1 ^{re} évacuation.	Sommet gauche. Crépitation. Sonorité diminuée. Percussion douloureuse, quelques-uns à droite, pupille gauche plus grande que la droite.	Pas de température.	Taches sur sommet gauche.
1603	L..., 45 ans	Orchi-épididymite droite.	Surtout sommet droit. Crépitations fines.	Pas de température.	Etat normal.
1624	J..., 31 ans	Frère tuberculeux.	Sommet gauche. Base droite sous le mamelon, ganglions axillaires.	Pas de température.	Etat normal.
1627	D..., 28 ans	Ancien réformé temporaire, bronchite. 3 ^e évacuation.	Sommet gauche. Ganglions à gauche, pupille gauche plus grande que la droite.	Pas de température.	Etat normal.
1654	R., 20 ans	Ancien réformé, bronchite. 2 ^e évacuation.	Sommet gauche et aussi à droite, mêmes bruits après un mois de convalescence, ganglions sus-claviculaire des 2 côtés.	Pas de température.	Etat normal, traversées à la base droite.
1657	J..., 21 ans	Sœur morte 16 ans, bronchite. 1 ^{re} évacuation.	Sommet droit, crépitations, murmure diminué, quelques crépitations en avant, douleur à la pression sous-claviculaire. Ganglions sus-claviculaire et axillaire "nombreux des 2 côtés.	Petites oscillations entre 37° 38° quelquefois type inverse.	Légère diminution de la transparence du sommet droit, ganglions à droite.

N ^{os} d'ordre	NOM ET AGE	ANTÉCÉDENTS	SIGNES PHYSIQUES SIÈGE DES BRUISSEMENTS	TEMPÉRATURE	SIGNES RADIOSCOPIQUES
1676	M..., 33 ans	Plusieurs bronchites.	Sommet gauche, arrière et avant douleur à la pression, pupille gauche plus grande que la droite. Disparus 8 jours.	Pas de température.	Etat normal.
1691	C..., 21 ans	Parents morts tuberculeux, hémoptysie. 1 ^{re} évacuation.	Sommet droit. Crépitations. Murmure diminué. Sonorité aussi. Douleur à droite.	Au début 38°, puis pas de température.	Transparence du sommet droit diminuée, ne s'éclaire pas à la toux.
1723	L..., 21 ans	Mère morte tuberculeuse à 36 ans. 1 ^{re} évacuation.	Sommet droit. Sonorité diminuée. Respiration obscure granuleuse. En arrière, petits craquements variables secs. Retentissement à la toux. Douleur à la pression. Pas de ganglion.	Température normale.	Transparence diminuée du sommet droit, ne s'éclairant pas à la toux.
1743	C..., 34 ans	Paludisme (Orient). Accès répété. Début après grippe.	Sommet gauche. Sonorité et murmure diminués. Crépitations dans fosse sous-épineuse et pointe omoplate variables disparaissant debout (ganglion axillaire gauche percussion douloureuse en avant.	Pas de température.	Etat normal.
1765	W..., 29 ans	Père mort bronchite. Bronchite répétée. Ancien service auxiliaire.	Début 5 mois, par toux avec crachats hémoptiques. Sommet droit. Crépitations expiration soufflante. Pas de ganglion.	Pas de température.	Transparence diminuée de l'ensemble du champ pulmonaire droit. Disparition du sinus droit. S'éclaire moins dans l'inspiration.

N ^{os} d'ordre	NOM ET AGE	ANTÉCÉDENTS	SIGNES PHYSIQUES SIÈGE DES BRUISSEMENTS	TEMPÉRATURE	SIGNES RADIOSCOPIQUES
1772	B..., 28 ans	3 ^e évacuation. Fatigue et crachats hémoptoïques.	Début après grippe. Aux 2 sommets. Murmure diminué. Respiration granuleuse. Crépitations aux 2 temps, surtout sommet droit. Douleur de l'épaule. Pupille gauche plus grande que la droite. Ganglion sus-claviculaire gauche. A la fin surtout sommet gauche.	Pas de température.	Ganglions à droite.
1860	N..., 22 ans	Exempté pour faiblesse. 1 ^{re} évacuation.	Sommet gauche. Crépitations. Sonorité et murmure diminués. Ganglions sus-claviculaire et axillaire gauche. Pupille gauche plus grande que la droite.	Pas de température.	Etat normal. Déformation du diaphragme dans inspirations.
1890	T..., 45 ans		Sommet droit. En arrière, crépitations et sibilances. Sonorité et murmure diminués en arrière respiration saccadée. Disparaissent en 8 jours. Sommet gauche respiration granuleuse.	Pas de température.	Sommet gauche. Diminution de la transparence. S'éclaire bien à la toux.

N° d'ordre	NOM ET AGE	ANTÉCÉDENTS	SIGNES PHYSIQUES SIÈGE DES BRUISEMENTS	TEMPÉRATURE	SIGNES RADIOSCOPIQUES
1883	S..., 27 ans	2 ^e évacuation.	2 sommets, surtout sommet droit. Inspiration granuleuse. Sonorité. Vibrations. Retentissements diminués. Ganglions sus-clavicu- laire droit.	Pas de tem- pérature.	Aspect flou 2 sommets, surtout le droit. Région sous-claviculaire externe. Réaction hilaire des 2 côtés.
1875	G..., 24 ans	Exempté pour fai- blesse. 1 ^{re} évacuation.	Sommet droit. Crépitations en arrière et dans creux sus-clavi- culaire, surtout debout. Petits ganglions sus-claviculaire des 2 côtés.	Pas de tem- pérature.	Etat normal.
1913	L..., 21 ans	2 ^e évacuation. Température 10 jours céphalée.	2 sommets, surtout gauche. Crépitations fines en arrière. Teint pâle.	37° 8, 38°	Etat normal.
1915	L..., 20 ans	Père pleurétique. 15 jours de tempé- rature 2 ^e évacuation.	Sommet gauche. Crépitations Murmure diminué. Douleur sus- claviculaire. Pas de ganglion (crépitations confondues avec craquements).	37° 5, 38° 5. Petites oscil- lations.	Etat normal.
1917	C., 31 ans	3 ^e évacuation. Ancien service auxi- liaire. Usine. Cra- quements sommet droit en 1915.	Sommet gauche. Bruissements en arrière en avant. Ganglions sus- claviculaire gauche. Pupille gauche plus grande que la droite.	37° 5, 38° 5, continue.	Etat normal.

N ^{os} d'ordre	NOM ET AGE	ANTÉCÉDENTS	SIGNES PHYSIQUES SIÈGE DES BRUISSEMENTS	TEMPÉRATURE	SIGNES RADIOSCOPIQUES
1944	R..., 24 ans	Sœur tuberculeuse. Récupéré. 2 ^e évacuation.	Sommet gauche. Ganglion sus-claviculaire gauche. Pupille gauche plus grande que la droite.	Légèrement élevée.	Etat normal
1959	L..., 28 ans	Sœur morte tuberculeuse. 3 ^e évacuation.	2 sommets, surtout le gauche. Murmure diminué. Crépitations variables, surtout debout douleur pression. Pas de ganglions. Pupille gauche plus grande que la droite.	Pas de température.	Etat normal.
1972	A..., 27 ans	1 ^{re} évacuation. Début 1 mois 1/2. Température céphalée. Faiblesse.	Sommet gauche. Crépitations. Murmure diminué. Pas de ganglions. Pas de retentissement à la toux. Fatigue.	Pas de température.	Diminution ensemble du poumon gauche. Les 2 sommets s'éclairent à la toux.
1989	St-P ..., 31 ans	1 ^{re} évacuation. Début il y a 10 jours. Toux, fatigues, craquements.	Sommet droit. Murmure diminué. Crépitations humides. arrière et avant. Douleur à la pression sommet droit.	Pas de température.	Diminution. Amplitude du diaphragme droit.
2000	L...	Ancien service auxiliaire.	2 bases surtout gauche. Crépitations sous-pleurales. Point douloureux base gauche.	Pas de température.	Disparition du sinus gauche.

N ^{os} d'ordre	NOM ET AGE	ANTÉCÉDENTS	SIGNES PHYSIQUES SIÈGE DES BRUISSEMENTS	TEMPÉRATURE	SIGNES RADIOSCOPIQUES
2061	P ..., 21 ans	Ajouré pour faiblesse 2 fois. 1 ^{re} évacuation.	Sommet droit. Crépitations. Murmure rude. Point douloureux. Pupille gauche plus grande que la droite. Hydrocèle droite.	Petites poussées à 38°.	Réaction hilaira droite.
2062	G..., 29 ans	3 ^e évacuation. Début il y a 2 mois par de la toux et fatigue.	2 sommets, surtout sommet droit. Crépitations. Extrême variation de ces bruits qui s'entendent moins bien debout. Point douloureux.	Pas de température.	Diminution de la transparence des 2 sommets, surtout du droit qui s'éclaire mal à la toux.
2082	B..., 20 ans	Frère et sœur malades. Bronchites en hiver, intoxiqué par gaz en 1918.	Sommet droit. Crépitations. Ganglion sus-claviculaire droit. Pupille gauche plus grande que la droite. Point douloureux.	Pas de température.	Diminution de transparence du sommet gauche qui s'éclaire mal à la toux.
2088	C..., 20 ans	1 ^{re} évacuation. Début il y a 15 jours.	Sommet gauche. Crépitations. Pupille gauche plus grande que la droite. Ganglion sus-claviculaire gauche.	Élévation légère de la température vespérale.	Etat normal.
2117	F...	1 ^{re} évacuation.	Sommet gauche. Crépitations fines.	Pas de température.	Champ pulmonaire un peu gris.
2122	C...	Sœur morte à 11 ans. Pleurite bilatérale 15 ans. Grippe il y a 15 jours.	2 sommets, surtout le gauche, pas de ganglion. Pupille gauche plus grande que la droite.	Température vespérale 38°.	Etat normal.

N° d'ordre	NOM ET AGE	ANTÉCÉDENTS	SIGNES PHYSIQUES SIÈGE DES BRUISSEMENTS	TEMPÉRATURE	SIGNES RADIOSCOPICIQUES
2126	L...	(Voir 1603.)	2 sommets, surtout le droit, froissements forts, ganglions droits, bacillose du testicule gauche.	Pas de température.	Réaction hilaire gauche.
2130	A..., 20 ans	Bronchites répétées.	Sommet gauche, bruissements fins, pupille gauche plus petite que la droite.	Pas de température.	Sommet gauche un peu gris, mais s'éclaire bien à la toux.
2137	P..., 26 ans	Bronchites répétées.	Sommet gauche, bruissements fins.	Pas de température.	État normal.
2156	H..., 40 ans	Bronchites répétées.	2 sommets. Au sommet droit, bruits secs et râpeux en arrière. Au sommet gauche, bruits fins secs, inspiratoires. Ganglion sus-claviculaire gauche.	Pas de température.	Les 2 sommets sont gris et s'éclairent mal à la toux. Réaction hilaire bilatérale.
2199	M., 35 ans	1 ^{re} évacuation.	Sommet gauche, quelques crépitations, variables suivant les moments dans la fosse sus-épineuse.	Pas de température.	Aspect flou du poumon droit, ganglions à droite.
2217	R...	1 ^{re} évacuation.	Pointe omoplate gauche. Crépitations fines. Point douloureux. Pupille gauche plus grande que la droite.	Pas de température.	État normal.

N ^{os} d'ordre	NOM ET AGE	ANTÉCÉDENTS	SIGNES PHYSIQUES SIÈGE DES BRUISSSEMENTS	TEMPÉRATURE	SIGNES RADIOSCOPIQUES
2262	J..., 23 ans	Pleurésie gauche en décembre 1914. Réformé temporaire pendant 1 an. Début de l'affection 1 mois 1/2.	Sommet gauche, bruissements fins, quelques uns au sommet droit Ganglion sus-claviculaire gauche, pupille gauche plus petite que la droite.	Légère température.	Etat normal des sommets. Le sinus costo-diaphragmatique gauche s'ouvre incomplètement. Réaction hilaire à gauche.
2263	D..., 20 ans	Début il y a 1 mois par toux. Fatigue. Température. Craquement au sommet droit.	Sommet droit, crépitations fines inspiratoires nombreuses. Ganglion sus-claviculaire droit, pupille droite plus grande que la gauche. Au sommet gauche, murmure diminué.	Etat subfébrile le soir 38° 5,	Etat normal.
2266	L..., 29 ans	Pleurésie gauche en 1915. Evacué 3 fois Grippe rechute.	Sommet gauche, bruissements superficiels fosse sus-épineuse. Ganglion sus-claviculaire gauche Pupille gauche plus grande que la droite. Douleur à la pression. 8 jours après, les bruissements ont disparu.	Peu de température.	Etat normal des sommets. Base gauche grise. Le sinus costo-diaphragmatique gauche s'ouvre mal.
2285	D..., 28 ans	Paludisme (Salonique). Bronchite légère.	Sommet droit, crépitations, pupille droite plus grande que la gauche.	Pas de température.	Etat normal.

N ^{os} d'ordre	NOM ET AGE	ANTÉCÉDENTS	SIGNES PHYSIQUES SIÈGE DES BRUISSEMENTS	TEMPÉRATURE	SIGNES RADIOSCOPIQUES
2322	C .., 23 ans	Paludisme (Algérie). Rechute de grippe, toux, accès de fièvre.	Sommet droit, en arrière, crépitations fines variables, expiration soufflante, murmure diminué, la percussion de la fosse sous-claviculaire entraîne de la toux. Bruissements à la base droite en arrière. Pas de ganglion.	Accès de fièvre.	Déformation de la voûte diaphragmatique droite en V. Les sommets sont clairs.
1924	M..., 23 ans	Sœur morte de bronchite. 1 ^{re} évacuation. Début par grippe. Température. Pleurite sommet gauche.	Sommet gauche. Murmure diminué, crépitation en arrière. Quelques uns en avant, avec un murmure diminué et vibrations augmentées. Percussion douloureuse. Rien à droite, pupille gauche plus grande que la droite. Ganglion sus-claviculaire des 2 côtés.	Légère poussée à 38°.	Diminution de la transparence du sommet droit. Déformation en V de la voûte diaphragmatique droite. Les sommets s'éclairent à la toux. Ganglions à gauche.

CONCLUSIONS

1) Depuis longtemps, bien décrite dans les ouvrages classiques, la pleurite du sommet a été l'objet d'études particulières et nombreuses depuis la guerre.

2) On peut distinguer parmi les cas qui ont pu être étiquetés pleurites du sommet plusieurs sortes de faits : *a)* des pleurites en évolution ou subévolutives, *b)* des pleurites adhésives ou cicatricielles.

3) La pleurite apicale subévolutive possède une symptomatologie nette avec signes fonctionnels, signes généraux d'imprégnation bacillaire, signes physiques et radioscopiques. Parmi les signes physiques, les bruissements fins ont des caractères bien définis. Ils prennent naissance, non dans la plèvre, mais dans le tissu pulmonaire sous-jacent ; la pleurite est, en réalité, une cortico-pleurite. Dans l'immense majorité des cas, le processus pathologique initial est de nature tuberculeuse et la pleurite subévolutive est une forme bénigne de la tuberculose pleurale.

4) La pleurite apicale cicatricielle est une lésion éteinte avec signes fonctionnels et généraux nuls ou à peu près nuls. Parmi les signes physiques nous appelons spécialement l'attention sur la discordance entre la matité à la percussion légère et la sonorité à la percussion profonde. Au point de vue pathogé-

nique c'est une lésion guérie, suite d'une lésion pulmonaire qui a régressé.

5) Le diagnostic de pleurite évolutive est à faire avec une tuberculose parenchymateuse que la lésion pleurale peut masquer. Il faut éviter de confondre les bruissements fins avec les craquements. Se baser surtout sur les signes associés et la radioscopie.

La pleurite adhésive est une lésion qui demande à être recherchée pour être découverte. Le diagnostic est à faire avec la sclérose parenchymateuse, mais ce diagnostic est rendu impossible par la co-existence fréquente de ces deux lésions.

Le pronostic est bénin : la pleurite apicale n'est pas l'antichambre de la phtisie commune.

Le traitement se résume à être hygiénique et tonique. Des poussées répétées de pleurite chez de jeunes soldats peuvent nécessiter leur passage dans le service auxiliaire.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
P. COURMONT.

Vu :
Pour le Doyen,
L'ASSESEUR,
JEAN LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 26 Mai 1920.
LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
Pour le Recteur et par délégation,
LE VICE-PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
ALBERT WADDINGTON.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRAL. — *Clinique médicale*, tome IV.
- BARD. — *Recherches sur la phthisie fibreuse*. Th. de Lyon, 1879.
- BARTH (H.). — *Séméiologie de l'appareil respiratoire* (In Brouardel, Gilbert).
- BAYON. — *Radio-diagnostic des affections pleuro-pulmonaires*. Lyon médical, 17 avril 1904.
- BÉCLÈRE. — In Bouchard, *Traité de radiologie médicale. Les rayons de Röntgen et le diagnostic de la tuberculose*. Rapport au IV^e Congrès de la tuberculose, 1898. Presse médicale, 1^{er} mars 1902.
- BÉRIEL. — Th. de Lyon, 1904-1905.
- BERNARD (R). — *Pleurésie adhésive d'emblée au début de la tuberculose pulmonaire*. Lyon médical, 30 juin 1901.
- CASTAIGNE (Collection). — *Les maladies de la plèvre*.
- A. DUFOURT et Maurice SÉGARD. — *Revue de médecine*, décembre 1919.
- FERNET Ch. — Société médicale des hôpitaux de Paris, 1889.
- GERMAN (Mlle Th.). — Th. de Paris, 1917-1918, n° 30.
- GRANCHER. — *Maladies de l'appareil respiratoire*, 1890. Bul. et Mém. Soc. Méd. hôp., Paris, 1882.
- HUCHARD. — *Maladies des appareils digestifs et respiratoires*.
- JACCOUD. — *Traité de path. interne*.
- JAUGEAS. — *Précis de radiodiagnostic*.
- KINDBERGER et DELHEUN. — *Sur le triage des tuberculeux aux armées*. — Presse médicale, 15 novembre 1917.
- LEBON. — *Diminution de la transparence normale des sommets du poumon dans la tuberculose*. Presse médicale, 14 février 1918.
- LEPER et CODET. — *La réaction myotonique du trapèze dans la T. P.* Progrès médical, 11 août 1917.
- LETULLE. — *La tuberculose pleuro-pulmonaire*.
- LOUIS. — Th. de Lyon, 1901-1902.

- MANTOUX. — *Tuberculose pulmonaire ouverte et tuberculose fermée.*
Presse médicale, 11 novembre 1918.
- MAINGOT. — *Aspect radiologique des sommets dans la T. P.* Revue générale de clinique et de thérapeutique, 1^{er} juin 1918.
- MILIAN. — *Diagnostic radiographique des adhérences pleurales.*
Presse médicale, 26 juin 1897.
- MORICHAU-BEAUCHANT. — *Pleurites et tuberculose.* Paris médical, 7 avril 1917.
Les tuberculoses respiratoires et la guerre. Progrès médical, 14 juillet 1917.
Tuberculose respiratoire évolutive fermée avec prédominance des signes pleuraux. Journal médical français, juillet 1919.
- MOENIQUAND. — Presse médicale, 18 juin 1917.
- NICLOT. — *Médecine moderne*, 1902.
- PÉHU. — Lyon médical, 12 avril 1900.
- PIÉRY. — *La tuberculose pulmonaire*, 1910. Presse médicale, 21 décembre 1916, 24 février 1919.
- PÉRON. — *Recherches anatomiques et expérimentales sur les tuberculoses de la plèvre.* Paris, 1895-96.
- POTAIN. — *De la symphyse pleurale.* Semaine médicale, 1895.
- RICHT (Ch.) Fils. — *La tuberculose évolutive dite fermée existe-t-elle ?* Presse médicale, 6 septembre 1917.
- RIST. — Presse médicale, 21 décembre 1916, 13 juillet 1916.
- ROUBIER (Ch.). — Progrès médical, 14 juin 1919. — *Que faut-il entendre par pleurite apicale ?* Revue de médecine, 1919.
- SERGENT. — *Etudes cliniques sur la tuberculose*, 1908-1918.
- SIEUR et L. BERNARD. — Académie de médecine, 11 juillet 1916
- SOREL. — Bul. Mém. Soc. Méd. hôp. Paris, 1883, p. 56.
- THUVIEN. — *Contribution à l'étude clinique des adhérences pleurales*, Paris, 1884.
- TRAPIER. — *Etudes anatomo-cliniques*, 1905.
- VILLIAMS. — *Les rayons de Rœntgen dans les maladies thoraciques.* (Congrès méd. améric., 5 mai 1897, in the American journal of the med., sc., Philadelphie, décembre 1897.)
-

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE I ^{er} . —	1) Introduction	7
	2) Division.	11
	3) Historique	13
CHAPITRE II. —	Que faut-il entendre par pleurite du sommet ?	
	1) Définition	19
	2) Division.	24
CHAPITRE III. —	La pleurite apicale subévolutive.	
	1) Symptomatologie.	24
	2) Origine et mode de production des bruissements fins des sommets . .	30
	a) Théorie pleurale	31
	b) Théorie sous-pleurale	32
	c) Signification	33
	Conclusion	38
CHAPITRE IV. —	La pleurite apicale cicatricielle. . . .	40
	1) Symptomatologie.	41
	2) Pathogénie.	43
CHAPITRE V. —	Diagnostic	44
	Pronostic	45
	Traitement	46
	Observations	49
	Conclusions	73
	Bibliographie.	75



